

Importância do tratamento precoce na sepse grave e choque séptico: impacto no prognóstico

The importance of early treatment in severe sepsis and septic shock: impact in the prognosis

Caroline Campos Martins Pires¹, Caroline Glenda Andrade Corradi¹, Clarissa Viana Greco¹, Daniela Rolim Amorim¹, Flávia Amaral Duarte¹, Izabela Machado Flores Pereira¹, Julia Machado Khoury¹, Tammy Junqueira Mendes Cassiano¹, Marcus Vinicius Andrade²

RESUMO

A sepse é importante causa de hospitalização e a principal causa de morte em unidades de terapia intensiva (UTI) não coronariana.¹ Representa grave problema de saúde no Brasil, com elevados índices de mortalidade e altos custos de tratamento. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sepse grave e do choque séptico são de extrema importância para minimizar a incidência de disfunção de múltiplos órgãos e morte. São relatados dois casos que exemplificam a importância do diagnóstico e tratamento precoce adequado da sepse e o impacto dessas medidas no prognóstico e mortalidade.

Palavras-chave: Sepse; Choque Séptico; Pneumonia; Intervenção Médica Precoce.

ABSTRACT

Sepsis is an important cause of hospitalization and the main cause of death in general Intensive Care Units (ICU). It represents a serious health problem in Brazil, with high mortality rates and high treatment costs. Early diagnosis and appropriate treatment of severe sepsis and septic shock are extremely important to minimize the incidence of multiple organ dysfunction and death. We describe two case studies illustrating the importance of early diagnosis and proper sepsis treatment and the impact of these measures on prognosis and mortality.

Key words: Sepsis; Septic shock; Pneumonia; Early Medical Intervention.

INTRODUÇÃO

A sepse é definida como síndrome de resposta inflamatória sistêmica (SIRS) relacionada à infecção.^{1,2} Representa importante problema de saúde no Brasil, com elevados índices de mortalidade, alta prevalência tanto nos serviços públicos quanto nos privados e altos custos de tratamento.

A SIRS pode ser caracterizada pela existência de pelo menos dois dos seguintes critérios: a) temperatura corporal acima de 38°C ou abaixo de 36°C; b) frequência cardíaca superior a 90 bpm; c) frequência respiratória superior a 20 irpm; d) leucemia (leucócitos acima de 12.000/mm³ ou inferiores a 4.000/mm³). É definida como sepse grave quando se relaciona à presença de infecção e complicada com uma ou mais disfunções orgânicas. O choque séptico é definido como a sepse associada à hipotensão refratária à reposição volêmica adequada.³

Instituição:

Departamento de Clínica Médica –
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:

Marcus Vinicius Melo de Andrade
Avenida: Alfredo Balena, 190 – sala 295
Bairro: Santa Efigênia
CEP: 30130-100
Belo Horizonte, MG – Brasil
Email: andradem@medicina.ufmg.br

É numerosa a população que tem risco de desenvolver sepse. Cerca de 50% dos pacientes em UTI podem adquirir infecção hospitalar e, conseqüentemente, evoluir com sepse. Outros grupos com alto risco são os imunossuprimidos, seja por neoplasias, insuficiência renal, síndrome de imunodeficiência adquirida ou por uso de imunossupressores. Pacientes com pneumonia adquirida na comunidade desenvolvem sepse grave e choque séptico em 48 e 5% dos casos, respectivamente. Outros fatores predisponentes são a bacteremia, idade superior a 65 anos e fatores genéticos.

As bactérias Gram-positivas são responsáveis pela maior gravidade e são as mais frequentemente identificadas em pacientes nos Estados Unidos, apesar de serem consideráveis os números de casos com Gram negativas.

Entre as principais complicações da sepse grave, a síndrome do desconforto respiratório agudo, a disfunção renal aguda e a coagulação intravascular disseminada são as disfunções orgânicas mais comuns. Elas contribuem com o aumento dos índices de morbimortalidade da sepse grave, que, apesar de estarem em diminuição desde a década de 1970, ainda são estimados entre 20 e 50%.⁴

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado da sepse grave e do choque séptico são de extrema importância para minimizar a incidência de disfunção de múltiplos órgãos e de morte.

São descritos os casos clínicos que mostram a importância do diagnóstico e do tratamento precoce adequado da sepse grave e choque séptico e seu impacto no prognóstico e na mortalidade.

RELATO DE CASO

1º Caso: JVLf, masculino, 56 anos de idade, alcoólista e tabagista, foi atendido em 08/08/2011 na Unidade de Pronto-Atendimento (UPA) Centro-Sul devido à dor torácica com duração de 24 horas e irradiação para o membro superior esquerdo associada à dispnéia, sem tosse ou febre. Mostrava-se eupneico, com sibilos e crepitações pulmonares difusas e dor epigástrica. Foi administrada oxigenioterapia, inicialmente, a 10 L/min em máscara, monitorização eletrocardiográfica contínua e realizada radiografia de tórax e outros exames complementares. O estudo radiológico evidenciou consolidação em lobo médio esquerdo e infiltrado na base do pulmão direito (Figura 1).

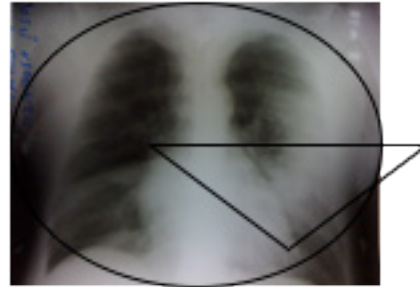


Figura 1 - Radiografia de tórax (pósterio-anterior) do paciente JVLf, revelando consolidação em lobo médio esquerdo e infiltrado na base do pulmão direito.

Foram iniciados imediatamente amoxicilina/ácido clavulânico e claritromicina. A avaliação complementar revelou leucócitos em $2.400/\text{mm}^3$ e proteína C reativa (PCR) de 124,5 mg/dL. Evoluiu com insuficiência respiratória aguda, necessitando de ventilação mecânica, e choque séptico. Foi transferido 12 horas após para a Unidade Coronariana (UCO) do Hospital das Clínicas da UFMG. A amoxicilina/ácido clavulânico foi substituída por ceftriaxona. Evoluiu de forma afebril, estável hemodinamicamente, melhorando o padrão ventilatório e com boa diurese, com leucócitos em $3.090/\text{mm}^3$. Obteve alta da UCO em 11/08/2011, sendo transferido para cuidados na enfermaria. No dia seguinte, foram suspensos os antibióticos.

Recebeu alta hospitalar seis dias após, em boas condições clínicas.

2º Caso: ERS, 46 anos de idade, feminino, alcoólista, admitida na UPA Centro-Sul em 08/08/2011 devido a trauma em face e região tóraco-lombar posterior conseqüente à queda da própria altura no dia anterior. Queixava-se de náuseas, vômitos, dispnéia e dor torácica posterior intensa, principalmente a inspiração profunda. Apresentava-se com desidratação moderada, taquicardia, taquipneia leve, saturimetria em ar ambiente de 85%, sem ruídos adventícios, com dor à palpação de coluna torácica e região costal direita. Inicialmente foi administrado oxigênio 2 L/min em cânula nasal. Os exames complementares revelaram leucócitos de $1.800/\text{mm}^3$. Evoluiu com diminuição dos sons respiratórios em hemitórax esquerdo, crepitações teleinspiratórias difusas, saturimetria de 89% e leucócitos de $600/\text{mm}^3$. A radiografia de tórax, foi realizada 22 horas após a admissão e, nesse momento, a paciente apresentava-se com taquicardia, com grande desconforto respiratório e saturimetria de 66%. Foi encaminhada à sala de emergência, onde apresentou dois episódios de vômitos com secreções serossanguíneas, pio-

ra da dispneia, hipotensão e cianose. Foi colocada em máscara de oxigênio a 10 L/min. A radiografia (Figura 2) mostrou infiltrado difuso bilateral com consolidação do lobo médio em padrão de síndrome do lobo pesado à direita, imagem característica de pneumonia por *Klebsiella*. Iniciada antibioticoterapia para pneumonia com ceftriaxona e claritromicina. Manteve taquidispneia e saturimetria de 76% com máscara facial, pressão arterial sistêmica inaudível e agitação psicomotora. Os leucócitos estavam em $1.800/\text{mm}^3$. Foi realizada intubação orotraqueal e iniciada noradrenalina em doses crescentes. Diante da piora do padrão respiratório, saturimetria de 60% e ausência de pulsos periféricos, foi iniciada dobutamina, sem resposta. Evoluiu com gravidade, mesmo com o aumento progressivo de aminas, mantendo instabilidade hemodinâmica e padrão respiratório ruim. Na madrugada de 10/08/2011, após várias manobras de ressuscitação, a paciente foi a óbito.

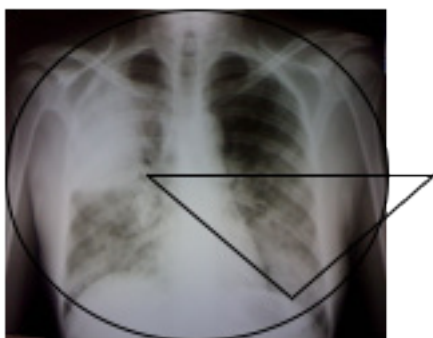


Figura 2 - Radiografia de tórax (póstero-anterior) da paciente ERS, evidenciando infiltrado difuso bilateral com consolidação do lobo médio à direita.

DISCUSSÃO

Analisando-se os dois casos descritos, é possível perceber algumas características semelhantes entre os pacientes, apesar da diferença entre os desfechos. Ambos eram alcoolistas, com idade superior aos 40 anos e apresentaram dispneia à admissão e leucopenia. A conduta inicial foi determinante em relação aos prognósticos, uma vez que, depois de confirmado o diagnóstico de ambos, foram submetidos à antibioticoterapia.

O primeiro paciente, após a avaliação radiológica, recebeu o diagnóstico de pneumonia e foi insti-

tuída imediatamente antibioticoterapia precoce correta, o que contribuiu para a boa evolução clínica. O segundo paciente, em quem a radiologia só foi realizada 22 horas após a sua admissão, retardando o diagnóstico da sepse e o início do tratamento, coincidiu com o óbito.

As seis primeiras horas após o diagnóstico representam período em que a tomada de conduta pode modificar o prognóstico do tratamento da sepse. O tratamento otimizado precoce, quando aplicado nessa fase, é capaz de reduzir a mortalidade da sepse grave e choque séptico em 16%. Logo, deve-se chegar ao diagnóstico o mais rápido possível para que as intervenções de alto impacto na mortalidade da sepse possam ser instituídas no tempo adequado.²

O diagnóstico da sepse é essencialmente clínico e exames complementares devem ser realizados para confirmar a existência de infecção, identificar o foco infeccioso e orientar a instituição do tratamento. As principais intervenções a serem feitas são a correção dos distúrbios hemodinâmicos, a otimização da oferta de oxigênio aos tecidos e o uso racional de antimicrobianos, medidas primordiais para melhorar a sobrevivência dos pacientes. A organização do sistema de saúde, o processo de trabalho e a rapidez da abordagem médica são então decisivos no reconhecimento da sepse e choque séptico e podem modificar a sua evolução clínica e preservar a vida.

CONCLUSÃO

A sepse é uma doença de alta morbimortalidade, cujo diagnóstico precoce e a instituição do tratamento correto são mandatórios em relação ao prognóstico e evolução da doença. Observa-se aumento em sua incidência ao longo do tempo e apenas leve redução na mortalidade. É importante a adoção de medidas que permitam o diagnóstico mais rápido e preciso, o reconhecimento do foco da infecção e início da terapia adequada, de preferência nas primeiras seis horas após o diagnóstico, para que o prognóstico seja melhor. Essas medidas incluem educação e treinamento específicos dos profissionais de saúde e adoção de protocolos adequados nas unidades de atendimento.

REFERÊNCIAS

1. Engel C, Brunkhorst FM, Bone HG, et al. Epidemiology of sepsis in Germany: results from a national prospective multicenter study. *Intensive Care Med.* 2007; 33(4):606-18.
 2. Bone RC, Balk RA, Cerra FB, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. *Chest.* 1992 June; 101(6):1644-55.
 3. Boechat AL, Boechat NO. Sepsis: diagnóstico e tratamento. *Rev Bras Clin Med São Paulo.* 2010 set-out; 8(5):420-7.
 4. Neviere R, Parsons PE, Wilson KC. Sepsis and the systemic inflammatory response syndrome: Definitions, epidemiology, and prognosis. *UpToDate;* 2011.
 5. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock. *Crit Care Med.* 2008; 36(1):1934-6.
-